|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |

第５号様式（第９条関係）

いの町新型コロナウイルス感染症に係るＰＣＲ検査費用助成金交付申請書兼請求書

年　　　月　　　日

（宛先）いの町長

申請者　住　　所

氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　　－

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被検査者との続柄

　次のとおり新型コロナウイルス感染症に係るＰＣＲ検査費用の助成金の交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被検査者 | ふりがな |  | 性　別 | □　男　□　女 |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | □　明　 □　大　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日□　昭　　　　　 |
| 住　　所 |  |
|  |  |
| 検査日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 検査医療機関名 |  |
| 高齢者施設等区分右のうちいずれかの区分に☑を入れてください | □介護老人福祉施設　　□介護老人保健施設　□介護療養型医療施設　□介護医療院　□特定施設入居者生活介護を提供する施設□認知症対応型共同生活介護を提供する事業所□養護老人ホーム□生活支援ハウス　 |
| 利用開始日 | 　　　　　年　　　月　　　日 |
| 施設名称 | ※入所決定通知書（写）を添付してください。 | 電話番号 |  |
| 申請額（兼実績額） | 　　　　　　　　　　円※領収書を添付してください。 | ※交付決定額 |  |
| 振込先 | 金融機関名 |  | 支店名 |  |
| 種別 |  | 口座番号 |  |
| フリガナ口座名義人 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |
|  |  |  |